

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** [] **nein** []
Freiwillig versichert **ja** [] **nein** []
Haben Sie eine privat Zusatzversicherung **ja** [] **nein** []
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** [] **nein** []

Bitte bei einer Privatversicherung angeben:

Standardtarif? **ja** [] **nein** []
Studentisch versichert? **ja** [] **nein** []
Beihilfeberechtigt? **ja** [] **nein** []

Telefon: _____
Fax: _____
Mobil: _____
Telefon Büro: _____
E-Mail Adresse: _____
Beruf: _____

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____
Versicherter: _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____
Anschrift des Arbeitgebers: _____

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? **ja** [] **nein** []

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? [] **telefonisch** [] **per Brief**
[] **per SMS** [] **per E-Mail**

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1. _____ Zeit: 1. _____
2. _____ 2. _____
3. _____ 3. _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Patient: _____

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

| | | |
|-------------------------------|--------|----------|
| Gefäßerkrankungen | ja [] | nein [] |
| Kreislaufbeschwerden | ja [] | nein [] |
| Hoher Blutdruck | ja [] | nein [] |
| Niedriger Blutdruck | ja [] | nein [] |
| Ohnmachtsneigung | ja [] | nein [] |
| Wie sind Ihre Blutdruckwerte: | | |

| | | |
|---|--------|----------|
| Marcumar / Gerinnungshemmer | ja [] | nein [] |
| Aids | ja [] | nein [] |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung | ja [] | nein [] |
| Rheuma | ja [] | nein [] |
| Diabetes | ja [] | nein [] |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | ja [] | nein [] |
| Schilddrüsenerkrankung | ja [] | nein [] |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | ja [] | nein [] |
| Magen- / Darmerkrankung | ja [] | nein [] |
| Nierenerkrankung | ja [] | nein [] |
| Lungenerkrankung / Asthma | ja [] | nein [] |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | ja [] | nein [] |
| Schnarchen Sie? Event. mit Atemaussetzer? | ja [] | nein [] |
| Epilepsie | ja [] | nein [] |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung, wenn ja welche? | ja [] | nein [] |

Anmerkungen (Behandler):

weitere Angaben:

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

weitere Angaben:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich, wenn ja auf welche? ja [] nein []

Patient: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

weitere Angaben:

Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele rauchen Sie täglich?

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Wurden Sie in den letzten 12 Mon. geröntgt? Wo und wann?

Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? wenn ja, wann?

Grund Ihres Besuchs

Haben Sie Zahnschmerzen? Machen Sie bitte ggf. nähere Angaben

| | | |
|--|--------|----------|
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | ja [] | nein [] |
| Kontrolluntersuchung | ja [] | nein [] |
| Zahnfleischbluten | ja [] | nein [] |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen | ja [] | nein [] |
| Kiefergelenkbeschwerden | ja [] | nein [] |
| Knirschen | ja [] | nein [] |
| Mundgeruch | ja [] | nein [] |
| Atembedingte Schlafstörung? | ja [] | nein [] |
| Sonstiges | | |

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung ganz besonders berücksichtigen?

| | | |
|--|--------|----------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen | ja [] | nein [] |
| Starke Schmerzempfindlichkeit | ja [] | nein [] |
| Starker Würgereiz | ja [] | nein [] |
| Sonstiges | | |

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Bisher behandelnde Zahnärzte und Ärzte

Welche Ärzte und Zahnärzte waren Ihnen bisher wichtig?

Patient: _____

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht die Kostenerstattung gewählt haben:
Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte beim ersten Besuch in der Praxis. Dann übernehmen die Krankenkassen für Sie Kosten. Bitte reichen Sie die Krankenversicherungskarte gegebenenfalls spätestens innerhalb von 14 Tagen nach.

Datum _____ Unterschrift _____